Hommage de l'auteur

REVUE

DE

GYNÉCOLOGIE

ET DE

CHIRURGIE ABDOMINALE

PARAISSANT TOUS LES DEUX MOIS

SOUS LA DIRECTION DE

S. POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Broca,
Membre de l'Académie de médecine.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

F. JAYLE

EXTRAIT

Sur la torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire, par MM. F. Jayle et X. Bender.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.*
N° 3. — Mai-Juin 1904.)

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE

La Gynécologie, qui a été longtemps considérée comme une simple dépendance de l'Obstétrique, est devenue de nos jours une branche importante de la Chirurgie. S'il en est ainsi dans tous les pays, nulle part ce mouvement n'a été plus marqué que dans le nôtre.

Tous ceux qui s'en occupent d'une façon spéciale, et qui, par suite, sont devenus des laparotomistes exercés, ont été amenés à étudier particulièrement la chirurgie abdominale. Ainsi, par une pente naturelle, Gynécologie et Chirurgie abdominale se sont trouvées intimement associées et dans la pratique et dans la théorie.

La présente publication consacre cet état de choses. Placée sous la direction d'un des chirurgiens des hôpitaux de Paris les plus versés dans cette double étude, elle fait une part égale à la Gynécologie et à la Chirurgie abdominale. Sous ce dernier terme, est réuni tout ce qui a rapport aux parois de l'abdomen et à son contenu, y compris le rectum, à cause de ses affinités nombreuses au point de vue clinique et opératoire avec le reste du tube digestif. Exception est faite seulement de ce qui a trait uniquement au sexe masculin dans les organes génito-urinaires, ou de ce qui est notoirement du ressort de l'urologie.

L'esprit dans lequel a été conçue cette publication est le même que celui qui a présidé à la rédaction du *Traité de Gynécologie clinique et opératoire* de son directeur. Chirurgien français, il s'attache surtout à faire connaître les travaux français. Mais, persuadé que, de nos jours, l'horizon scientifique ne saurait être borné par des frontières, il s'efforce aussi de donner à la *Revue* un caractère international. Les travaux étrangers y sont largement analysés; en outre, les colonnes de la *Revue* sont ouvertes aux chirurgiens et gynécologistes de tous les pays qui veulent bien y publier leurs recherches originales.

Le but de cette publication est non seulement de donner une idée complète du mouvement scientifique contemporain en France et à l'étranger, mais encore de contribuer, pour sa part, aux progrès d'une des branches de la Chirurgie qui ont le plus bénéficié de l'ère nouvelle inaugurée par les travaux de Pasteur.

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

La **Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,** *publiée en 6 fascicules de chacun 160 à 200 pages, paraît tous les deux mois; elle forme chaque année un fort volume très grand in-8°.*

Les fascicules sont accompagnés de figures dans le texte et de planches hors texte en noir et en couleurs. Ils comprennent des Mémoires originaux; des Revues critiques; des Analyses des journaux français et étrangers, et un Bulletin bibliographique.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

FRANCE (Paris et Départements) . . . . **28 fr.**
ETRANGER (Union postale). . . . . **30 fr.**

Les fascicules sont vendus séparément au prix de 6 francs.

Les auteurs reçoivent 100 exemplaires de leurs mémoires : ils ne peuvent en faire tirer davantage, même à leurs frais.

(*Voir page* 3 *de la couverture la liste des Mémoires publiés en* 1902.)

SUR LA TORSION DU PÉDICULE

DES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE [1]

PAR MM.

F. JAYLE ET **X. BENDER**

CHEF DE CLINIQUE — PRÉPARATEUR

A LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'HOPITAL BROCA

Les tumeurs solides de l'ovaire peuvent se compliquer de la torsion de leur pédicule, à l'instar des tumeurs kystiques. Le fait est intéressant à cause de sa rareté ; il est à peine consigné dans les Traités classiques et, à notre connaissance, n'a jamais fait l'objet d'un travail spécial. Un cas récent que nous avons eu l'occasion d'opérer dans le service de notre maître, M. le professeur Pozzi, à l'hôpital Broca, nous a conduit à étudier ce point particulier de la nosologie des tumeurs solides ovariennes et à consigner dans un court mémoire documentaire les quelques considérations que nous ont suggéré nos recherches bibliographiques et l'observation de notre malade.

OBSERVATION

La nommée C..., Léontine, âgée de quarante-trois ans, entre à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, le 24 Novembre 1902.

La malade n'a pas d'antécédents héréditaires.

Les premières règles sont survenues à treize ans et demi, puis elles ont cessé pendant six mois ; à cette époque, la malade a ressenti de violentes douleurs dans le ventre. Au bout de ce temps les règles ont reparu, et, depuis, elles ont été régulières, peu abondantes, non douloureuses, durant en moyenne un à deux jours.

A vingt-sept ans, la malade a eu une grossesse, normale, avec accouchement normal à terme et suites normales.

---

1. Communication faite au IV[e] Congrès national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Rouen, 1904, 8 Avril.

Jamais de leucorrhée, sauf pendant les deux derniers mois de sa grossesse. Jamais de métrorragies ni de ménorragies.

Le début de la maladie actuelle remonte à neuf ans environ. A ce moment, la malade a commencé à souffrir de douleurs dans le ventre, douleurs sourdes et intermittentes exagérées par la fatigue, par la station debout, par tout travail pénible.

En même temps, la malade constate l'existence d'une « grosseur » dans l'abdomen; la tumeur occupait la région hypogastrique et la fosse iliaque droite. Elle s'est développée progressivement depuis cette époque, augmentant insensiblement de volume, atteignant dans ces derniers temps la région ombilicale et le flanc droit. Les douleurs s'étaient atténuées et la malade ressentait seulement une sensation de gêne et de pesanteur dans l'abdomen.

L'état semblait stationnaire lorsque brusquement, le 21 Octobre 1902, la malade fut prise de douleurs violentes, généralisées à tout l'abdomen, irradiées vers l'anus. Ces douleurs s'accompagnèrent bientôt de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, verdâtres; d'un ballonnement du ventre, traduisant une réaction péritonéale intense; d'un état d'anxiété très accentué.

En même temps se produisirent des modifications du côté de la tumeur, qui augmenta de volume et s'immobilisa dans l'abdomen.

La malade qui avait eu ses règles quinze jours auparavant, perdit de nouveau du sang en abondance pendant deux jours; ce sang était très noir. Il existait une constipation opiniâtre qui ne cédait qu'à des lavements répétés. On ne fit pas de traitement, le médecin consulté ayant prescrit seulement le repos au lit dans l'attente d'une opération qu'il jugeait inévitable. L'état, cependant, s'améliorait peu à peu; la malade, qui ne prenait au début que quelques cuillerées de lait additionné d'eau de Vichy, put s'alimenter; elle se leva le douzième jour et fut bientôt en état de revenir à Paris. (Elle se trouvait à la campagne au moment où éclatèrent les accidents.)

Elle entre dans le service le 24 Novembre.

On constate, à l'inspection, l'existence d'une tumeur volumineuse occupant la fosse iliaque et le flanc droits, s'étendant jusqu'à l'hypogastre et à l'ombilic.

A la palpation on analyse mieux la forme de la tumeur; elle a une consistance ligneuse: on ne peut limiter exactement son bord inférieur, mais sa limite supérieure s'infléchit suivant une ligne oblique en bas et à gauche et passant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le toucher vaginal combiné au palper montre que le col est petit, refoulé en haut. Le corps utérin est en légère antéflexion et en latéroversion gauche.

Le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux sont libres. Dans le cul-de-sac antérieur on atteint facilement la tumeur, qui présente un bord libre tranchant, de consistance rénitente et notablement plus molle que celle de la portion de la tumeur accessible par le palper abdominal.

Il existe entre la tumeur et le col de l'utérus un sillon très net où le doigt peut être introduit. Les mouvements imprimés à la tumeur par la main placée sur l'abdomen ne sont pas transmis au col utérin et réciproquement.

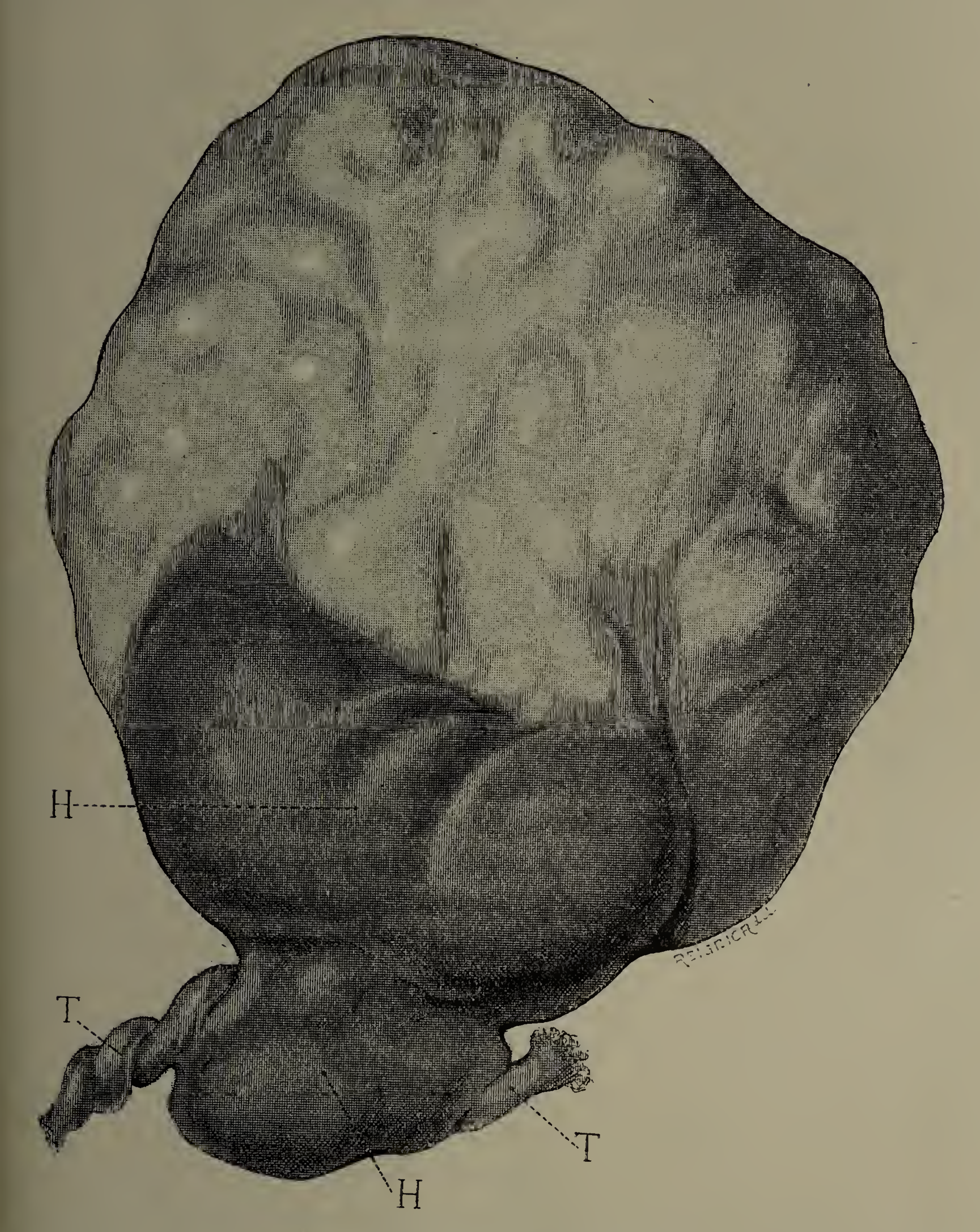


Figure 1. — Tumeur solide de l'ovaire droit (1250 grammes) à pédicule tordu (vue par sa face postérieure).

H H, hématome ; T T, trompe en arrière de laquelle s'est développé l'hématome.

Les annexes gauches paraissent saines.

L'hystérométrie montre que la cavité utérine a conservé ses dimensions normales ; l'utérus est dévié très nettement à gauche.

L'état général est bon. Rien du côté du cœur, des poumons et des reins. Du côté de l'appareil digestif, il y a à signaler une constipation habituelle et opiniâtre ; la langue est sale.

Le diagnostic porté est celui de tumeur solide para-utérine, développée sans doute aux dépens de l'ovaire droit.

Opération. — Laparotomie, le 2 Décembre 1902, par M. Jayle. Longue incision remontant au-dessus de l'ombilic. Dès l'ouverture du péritoine, on trouve une tumeur du volume d'une petite tête, vasculaire, adhérente de tous côtés, présentant par place une teinte feuille-morte, noire près de son pédicule où existe une large suffusion hémorragique. Avec la main on libère facilement les adhérences, qui sont lâches, et on extrait la tumeur hors du ventre. On constate qu'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire, à pédicule tordu, comportant deux parties : l'une supérieure, volumineuse et très dure; l'autre inférieure, voisine du pédicule, plus molle et formée par une poche remplie de sang. Le pédicule est lié et sectionné.

Les annexes gauches paraissent saines; on les enlève néanmoins, car il est impossible de préjuger de la nature du néoplasme dont est atteint l'ovaire droit.

Les parois, décortiquées, du pelvis sont le siège d'un suintement sanguin; la péritonisation est impossible et on se contente d'établir un drainage à l'aide de deux mèches de gaze stérilisée.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été des plus simples et le malade a guéri sans aucune complication.

Examen des pièces. — La tumeur, enlevé, pesait 1250 grammes et mesurait 17 centimètres de long sur 15 centimètres de large et 10 centimètres d'épaisseur. Elle était irrégulière, bosselée, de coloration rougeâtre. Elle présentait une forme ovoïde, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en examinant la figure qui accompagne ce travail. Elle était formée de deux parties nettement distinctes; l'une, beaucoup plus volumineuse, consistante, dure et compacte; l'autre, adjacente au pédicule, plus molle et de coloration rouge violacée, formant un véritable kyste sanguin. Le pédicule, assez étroit, présentait une torsion très serrée, de un tour et demi de spire; la trompe, saine par ailleurs, avait participé à ce mouvement de torsion.

A la coupe, la tumeur apparut formée par un tissu dur et compact, d'aspect fibreux, criant sous le couteau. La partie centrale était ramollie, creusée de lacunes renfermant un liquide sanguinolent. La partie renflée avoisinant le pédicule formait un véritable kyste, à parois irrégulières, contenant du sang pur.

L'*examen histologique* a porté sur un certain nombre de fragments de la tumeur; il s'agissait d'un *fibro-myome* typique.

Cette observation est donc un exemple bien net de fibro-myome de

l'ovaire à pédicule tordu. Il est à noter que le pédicule s'est tordu brusquement. Le début des accidents a été dramatique, menaçant, puis tout est rentré dans l'ordre, progressivement, et, lorsque la malade entra dans le service, elle se trouvait dans un état à peu près satisfaisant.

Cette torsion des tumeurs solides de l'ovaire ne paraît pas être absolument rare; nous avons pu en réunir assez facilement un certain nombre d'observations. Cela n'a rien de surprenant, car ces tumeurs se trouvent dans les mêmes conditions que les kystes de l'ovaire qui se tordent fréquemment. C'est ainsi que Martin[1], sur 10 cas de fibromes ovariens opérés par lui, a trouvé 4 cas de torsion. Dans les observations de tumeurs solides tordues qui ont été publiées, on trouve surtout des *fibromes*; ce sont, en outre des 4 cas de Martin, déjà cités, les cas de Klob[2], Léopold[3], Veit[4], Löhlein[5], Heinricius[6], Pomorsky[7], Michaël[8], Delegrange[9], Dubar[10], Bender et Heitz[11]. Mais on y rencontre aussi des *sarcomes* (Pozzi et Dartigues[12], Daniel Nelson[13], Coignerai[14], et même des *épithéliomes* (Pozzi et Beaussenat[15], Danien-Thorn[16]).

Pour expliquer la production de ces torsions, on a invoqué les différents mécanismes possibles de la torsion des kystes ovariques. Certains auteurs ont attaché, en ce qui concerne les tumeurs solides, une importance particulière à l'ascite; mais ce symptôme est loin d'être constant. Il ne semble pas que la conformation du pédicule ait une importance bien grande; pour Dartigues[17], la torsion se produirait cependant, de préférence, lorsque le pédicule est large et charnu.

En ce qui concerne la clinique, il semble, d'après les faits observés que les phénomènes sont moins graves pour les tumeurs solides que pour les tumeurs liquides. Cette différence peut s'expliquer par la

1. Martin. — « Die Krankheiten der Eierstöcke ».
2. Klob. — « Patholog. Anat. der weiblichen Sexualorgane ».
3. Leopold. — *Archiv f. Gyn.*, Bd VI, p. 232.
4. Veit. — *Berl. klin. Woch.*, 1876, n° 50.
5. Löhlein. — *Deutsche med. Woch.*, 1894; *Vereins Beilage*, p. 67, et 1897, p. 243.
6. Heinricius. — *Centr. f. Gyn.*, 1892, p. 459.
7. Pomorsky. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd XVI, p. 617.
8. Michael. — *Deutsche med. Woch.*, 1895; *Vereins Beilage*, p. 110.
9. Delegrange. — *Soc. méd. de Lille*, 1893, p. 321.
10. Dubar. — *Bull. méd. du Nord*, 1893, Vol. XXXII, p. 7.
11. Bender et Heitz. — *Soc. anat.*, 1903, n° 3, p. 241.
12. Pozzi et Dartigues. — *Soc. anat.*, 1898, 11 Novembre.
13. Daniel Nelson. — *Société de gynécologie de Chicago*, 1887.
14. Coignerai. — *Thèse*, Paris, 1902.
15. Pozzi et Beaussenat, *in* Dartigues. — *Revue de gynécologie*, 1895, n° 5, p. 793.
16. Danien-Thorn. — Cité par Martin. *Loc. cit.*
17. Dartigues. — *Revue de gynécologie*, 1899, n° 4, Août.

différence de structure. Dans les cas de fibrome ou de sarcome, il n'y a pas de cavité qui puisse se laisser distendre par une hémorragie intra-kystique, la rupture de la poche n'est pas à craindre, l'infection est moins facile à réaliser, toutes conditions favorables au pronostic. La seule éventualité qui soit vraiment redoutable, c'est la rupture du pédicule, l'hémorragie qui peut en résulter, ainsi que la gangrène en masse de la tumeur ainsi mise en liberté au milieu des anses intestinales.

En réalité, les choses se passent presque toujours assez simplement. La torsion, comme pour les kystes de l'ovaire, peut être absolument latente; la circulation n'est pas interrompue et le parenchyme de la tumeur ne subit aucune modification (Pozzi et Beaussenat, Pozzi et Dartigues). Dans d'autres cas, la gêne circulatoire est plus marquée; la tumeur se ramollit à son centre, se nécrose et subit une véritable transformation kystique. Il en était ainsi, en particulier, dans le cas de Bender et Heitz : il s'agissait d'un énorme fibromyome de l'ovaire gauche, dont le pédicule présentait une torsion d'un tour de spire, et qui avait subi une transformation kystique à peu près complète. Nous pensons que la torsion ou, tout au moins, la coudure du pédicule doit être la cause la plus commune de cette dégénérescence kystique fréquemment observée dans les tumeurs solides de l'ovaire.

Dans quelques cas cependant, comme dans celui que nous venons de rapporter, comme aussi dans le cas de Coignerai, le cortège symptomatique est plus bruyant et l'on voit se dérouler tous les signes classiques de la torsion du pédicule. La circulation est alors complètement interrompue, et il peut se former, à l'intérieur de la tumeur, de larges foyers hémorragiques, comme dans notre cas. Et pourtant là encore les symptômes peuvent s'amener, même si l'on n'intervient pas immédiatement; notre observation en est la preuve. Il ne faudrait pas cependant se laisser aller à une confiance exagérée; les cas de Van Burren et de Daniel Nelson, dont les malades succombèrent à des phénomènes péritonéaux, sont là pour nous enseigner que la torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire peut avoir parfois des conséquences graves et causer la mort assez rapidement. Mais on ne doit pas laisser à cette éventualité le temps de se produire. Toute tumeur ovarienne, une fois reconnue, doit être enlevée; à plus forte raison devra-t-on intervenir d'urgence dès que la torsion pédiculaire pourra être soupçonnée.

LISTE DES TRAVAUX ORIGINAUX

PUBLIÉS PAR

LA REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE

Pendant l'année 1902.

La colpotomie, traitement opératoire de choix du pyosalpinx, par M. Hector Treub (d'Amsterdam), avec 39 figures.

De la grossesse interstitielle, par M. Muret (de Lausanne), avec 2 figures.

Quelques points de l'anatomie des grossesses tubaires en évolution, par M. A. Couvelaire, avec 13 figures.

Les rétrécissements multiples de l'intestin grêle, par M. Patel (de Lyon).

Cancer du cæcum et cancer de l'S iliaque, par M. Gouilloud (de Lyon), avec 2 figures.

De l'hépatoptose et de son traitement par l'hépatopexie, par M. Henri Judet, avec 6 figures.

Énucléation par voie abdominale des fibromes utérins, par M. Louis Loubet, avec 8 figures.

De l'anatomie pathologique de la pseudo-endométrite, par M. N. J. F. Pompe van Meerderwoort (de la Haye), avec 5 figures et 1 planche.

Les affections blennorragiques du système nerveux chez la femme, par M. J. Kalabine (de Moscou).

De la grossesse ovarienne, par MM. Mendes de Léon et Holleman (d'Amsterdam (avec 2 figures et 1 planche en couleur).

Contribution à l'étude des tumeurs tératoïdes de l'abdomen, par M. Brouha (de Liége), avec 1 planche.

Sur un cas de fibromyome de la trompe, par MM. G. Carrière et O. Legrand (de Lille), avec 1 figure.

De la résection segmentaire et simultanée du petit et du gros intestin, par MM. F. Jayle et M. Beaussenat, avec 20 figures.

Laparocèle gauche congénitale due à un arrêt de développement partiel des muscles de la paroi abdominale, par M. Eugène Audard.

Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus génitaux, par MM. G. Bouilly et Robert Lœwy, avec 10 figures.

L'éclairage de la cavité abdominale (ventroscopie) comme méthode d'examen dans les cas de cœliotomie vaginale, par le professeur Dmitri de Ott (de Saint-Pétersbourg), avec 9 figures.

Contribution à l'étude de la tuberculose primitive du canal cervical de l'utérus, par M. Brouha (de Liége), avec 1 figure.

La technique de l'opération de Maydl dans la cure de l'exstrophie vésicale, par M. Émile Forgue, avec 10 figures.

Traitement de choix de l'anus herniaire (résection, fermeture des deux bouts et entéro-anastomose), par M. Victor Pauchet, avec 5 figures.

Indications et résultats de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus, par M. S. Pozzi.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par M. Thomas Jonnesco (de Bucarest), avec 52 figures.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par M. E. Wertheim (de Vienne).

Traitement opératoire du cancer de l'utérus, par M. Thomas S. Cullen (de Baltimore).

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par M. W. A. Freund (de Berlin).

L'hystérectomie comme traitement de l'infection puerpérale, par M. W. A. Freund (de Berlin).

Indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, par M. Th. Tuffier.

L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par M. Hector Treub (d'Amsterdam).

L'hystérectomie comme traitement de l'infection puerpérale, par M. Léopold (de Dresde).

L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par M. le professeur H. Fehling (de Strasbourg).

Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme, par M. le professeur J.-A. Amann (de Munich).

La tuberculose génitale, par M. J.-L. Faure.

De la tuberculose génitale, par M. le professeur A. Martin (de Greifswald).

De la tuberculose génitale, par M. le professeur J. Veit (de Leyde).

L'anatomie de l'utérus des quadrupèdes démontre la nécessité de la menstruation chez les bipèdes, par M. Arthur W. Johnstone (de Cincinnati, Ohio).

L'âge de la première menstruation au pôle et à l'équateur, par M. Geo. J. Engelmann (de Boston).

Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique (tenu à Rome du 15 au 21 septembre 1902).

Séance du 17 septembre. — 3e question : La tuberculose génitale, par MM. Gutierrez, Pichevin, Spinelli, von Franque, Pozzi, Theikhaber, S. Gottschalk, Martin, Amann, Veit.

La Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale *a consacré en outre, en* 1902, 1136 *pages aux* **Analyses** *des travaux français et étrangers, illustrées de figures dans le texte. Dans la plupart des numéros se trouve un Index bibliographique très complet et très exact des travaux récemment parus de Chirurgie abdominale et de Gynécologie. L'année* 1902 *est illustrée de* 3 *planches hors texte en noir et en couleurs, de* 204 *figures dans le texte et de* 6 *portraits.*

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 5736.